

Autor:

▪ Gonzalo Oliván
Gonzalvo

Médico especialista en Pediatría y áreas específicas. Servicios de Pediatría y Adolescencia del Instituto Aragonés de Servicios Sociales.

ASPECTOS CLAVE

SOSPECHA DE MALTRATO INFANTIL

Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales. Gobierno de Aragón- España

El maltrato infantil incluye la amenaza o el daño físico, psíquico y social

- ❖ La presencia reiterada de lesiones cutáneas traumáticas es un indicador de especial importancia en menores de 3 años.
 - La presencia de cualquier fractura en niños menores de 2 años puede indicar maltrato.
- ❖ → La dificultad para andar o sentarse y el dolor o picor en la zona genital pueden deberse a abuso sexual.
- ❖ → La falta de higiene, de vacunas, el retraso de crecimiento y las infecciones recurrentes, pueden suponer la existencia de maltrato por negligencia o abandono.
- ❖ → La desconfianza hacia el adulto y la apatía → en las relaciones con los progenitores puede ser un comportamiento indicativo de abandono.
- ❖ → La frialdad y falta de afecto en el trato del niño, el rechazo verbal, el menosprecio y desvalorización del niño son comportamientos paternos que pueden indicar maltrato

¿CUÁLES SON LOS INDICADORES DE COMPORTAMIENTO Y ACTITUDES QUE SE PUEDEN OBSERVAR EN LOS PADRES/CUIDADORES DE UN NIÑO MALTRATADO?

MALTRATO FÍSICO

- Ha sido objeto de malos tratos en su infancia.
- Existe el antecedente de malos tratos a otros miembros de la familia.
- Presenta psicopatía, alcoholismo y/o drogadicción.
- Alega traumatismos accidentales de forma sistemática.
- Describe la lesión como autoinflingida y no es compatible con la edad o con las habilidades de desarrollo del niño.
- Atribuye las lesiones a los hermanos u otros niños.
- Se retrasa en la búsqueda de asistencia médica.
- Cambia frecuentemente de pediatra, centro de salud o servicio de urgencia para la atención sanitaria del niño.
- Intenta ocultar la lesión del niño o proteger la identidad de la persona responsable de ésta.
- Relata una historia inaceptable, discordante o contradictoria respecto al tipo y la intensidad de las lesiones.
- Evita toda responsabilidad.

- Parece no preocuparse por el niño y sus problemas: no se preocupa de la gravedad de las lesiones; abandona precozmente al niño tras el ingreso hospitalario; no lo visita o son visitas cortas en duración y dedicación; no comparece a los informes médicos o al alta.
- Percibe al niño de manera significativamente negativa.
- Utiliza una disciplina severa, inadecuada para la edad, falta cometida y condición del niño.

ABUSO SEXUAL

- Es habitualmente un hombre [el padre (31%); otro familiar varón, incluido el padrastro (28%); el compañero sentimental de la madre (5%); otro varón extrafamiliar habitualmente conocido por el niño (19%)].
- Más raramente es la madre (4%), cuidadora (7%) u otra mujer conocida por el niño (2%).
- Es extremadamente protector o celoso del niño.
- Alienta al niño a implicarse en actividades sexuales con otras personas para enriquecerse u obtener favores.
- Se exhibe desnudo delante del niño. Le muestra fotografías o videos pornográficos. Le cuenta historias de contenido explícito sexual.
- Quema al niño en las nalgas o en el área genital.
- Tiene antecedentes de maltrato físico, emocional y/o sexual en su infancia.
- Creció en una familia disfuncional.
- Atraviesa dificultades en su matrimonio.
- Es violento con otros miembros de su familia.
- Se encuentra socialmente aislado.

- Abusa de drogas y/o alcohol.
- Está frecuentemente ausente del hogar.
- Madre sumisa y pasiva.
- Madre que sufrió abuso sexual y que consiente o participa en el abuso de la siguiente generación.
- Ejerce una profesión relacionada íntimamente con la infancia utilizando su influencia para manipular, engañar o chantajear al niño.
- Le gusta fotografiar y/o coleccionar imágenes de niños desnudos o en actitud sexual.
- Visita habitualmente o es miembro de páginas web de contenido pedófilo.
- Desmiente o niega todo lo relacionado con el abuso sexual (el acto, el planeo, la responsabilidad, la gravedad de la conducta, la autoculpabilidad). Parece que es la víctima.
- Tiene antecedentes de pedofilia y/o sadismo.

NEGLIGENCIA O ABANDONO FÍSICO

- Ostenta una constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño realiza actividades peligrosas.
- Mantiene unas condiciones higiénicas y/o de seguridad en el hogar peligrosas para la salud del niño.
- Exterioriza pobreza, ignorancia, incultura.
- Abusa de drogas y/o alcohol.
- Es promiscuo, practica la prostitución/ proxenetismo o su medio de vida es la delincuencia.
- Muestra apatía o nulidad.

- Está mentalmente enfermo o presenta bajo nivel intelectual.
- Tiene una enfermedad física crónica.
- Existe el antecedente de malos tratos o negligencia en la infancia.
- Antecedente de separación prolongada madre/ padre-hijo.
- Muestra poca preocupación por los controles sanitarios del niño.
- Realiza un seguimiento inadecuado de las enfermedades agudas o crónicas del niño.
- Incumple los tratamientos médicos prescritos al niño.
- Se despreocupa por las enfermedades discapacitantes del niño.
- Muestra poca preocupación por la higiene y alimentación del niño.
- Muestra poca preocupación porque el niño lleve un vestuario adecuado a la climatología.
- Tiene un exceso de vida social y profesional.
- Tiene y practica convicciones y creencias extremas (nutricionales, religiosas, culturales).
- Compensa con bienes materiales la falta de cuidado y atención de las necesidades básicas del niño.

MALTRATO Y ABANDONO EMOCIONAL

- Exhibe frialdad y falta de afecto en el trato del niño.
- No calma el llanto del niño.
- Facilita u obliga permanencias prolongadas en la cuna/cama (en lactantes y preescolares).
- Rechaza verbalmente, insulta, menosprecia y desvaloriza al niño.
- Basa sus relaciones con el niño en el temor o en una disciplina excesiva.

- Trata de manera desigual a los hermanos.
- Mantiene unas exigencias superiores a las propias del momento evolutivo del niño o de sus características individuales.
- Obliga a practicar convicciones y creencias extremas (nutricionales, religiosas, culturales).
- Parece no preocuparse por los problemas del niño.
- Tolera todos los comportamientos del niño sin poner límite alguno.
- No acepta la iniciativa del niño; impide al niño una mayor autonomía y autodeterminación.
- Aparta al niño de las interacciones sociales.
- Cambios frecuentes de las funciones parentales; renuncia de su función parental.
- Es inaccesible o poco disponible para el niño.
- No participa en las actividades diarias del niño.
- Tiene un exceso de vida social o laboral.
- Alienta a cometer conductas delictivas; expone al niño a pornografía; premia conductas agresivas.

MALTRATO PRENATAL

- Rechazo del embarazo o indiferencia emocional.
- Falta de control y seguimiento médico del embarazo.
- Negligencia personal en la alimentación e higiene.
- Exceso de trabajo corporal.
- Medicaciones excesivas o inadecuadas.
- Exposición a irradiaciones.

- Presencia de enfermedades que pueden causar malformaciones o infecciones feto-neonatales (especialmente Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y Enfermedades de Transmisión Sexual).
- Consumo inadecuado de tabaco.
- Consumo de drogas, alcohol o psicofármacos.
- Presencia de psicopatía.
- Promiscuidad / prostitución.
- Participación en actividades delictivas o está en prisión.
- Maltrato físico dirigido a la madre o al feto por parte del padre/compañero.
- Negligencia en la atención de las necesidades básicas de la madre por parte del padre/compañero.

SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN POR PODERES

- Habitualmente el perpetrador es la madre (más del 95% de los casos).
- Madre con un rol parental de cabeza de familia.
- Madre inteligente y atenta, que mantiene buena relación con el personal sanitario.
- Madre excesivamente protectora que no quiere abandonar a su hijo en el hospital.
- Madre con reacción paradójica respecto a la enfermedad de su hijo: por defecto (la madre está menos preocupada por la enfermedad del

hijo que el personal que le atiende) o por exceso (la madre se queja de que se está haciendo poco por diagnosticar la enfermedad del niño).

- Madre con frecuentes trastornos de personalidad o conductuales. Con menor frecuencia presentan una enfermedad mental severa.
- Madre con historia personal de enfermedad parecida a la del hijo o con antecedente de síndrome de Münchausen (10-25% de los casos).
- Madre con fondo paramédico (suele tener conocimientos y/o antecedentes de profesión sanitaria usualmente frustrada).
- Padre ausente o que apenas aparece en el hospital. En los pocos casos en que el padre es el perpetrador, no presentan el perfil atento y protector de las madres, sino que son descritos como desinteresados, descomprometidos y pasivos, a pesar de la enfermedad de su hijo, así como emocionalmente lábiles y mentalmente inestables.
- El perpetrador relata unos síntomas/signos que discrepan con la historia clínica, el examen físico y los resultados de los exámenes complementarios.
- Los síntomas/signos de la supuesta enfermedad no se presentan cuando el perpetrador está ausente.
- El perpetrador involucra a múltiples médicos, frecuentemente en diferentes hospitales y en diferentes ciudades.
- Antecedente de historia de maltrato físico, enfermedad rara o muerte en hermanos (en el 8,5% de los casos existe el antecedente de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante en hermanos).

Aviso a pacientes o familiares:

La información de este sitio está dirigida a profesionales de atención primaria. Su contenido no debe usarse para diagnosticar o tratar problema alguno. Si tiene o sospecha la existencia de un problema de salud, imprima este documento y consulte a su médico de cabecera.

Bibliografía

- Assessment of maltreatment of children with disabilities. American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect and Committee on Children with Disabilities. Pediatrics 2001; 108:508-512. [[Medline](#)]
- Bel J, Natal A, Cachadiña F, Mainou A, Granada ML, Rodrigo C Retraso de crecimiento y estado nutricional en niños ingresados en una institución de acogida. Med Clin (Barc) 2002; 118 (3): 86-89. [[Medline](#)]
- Child abuse. National Library of Medicine. Medline Plus. [En línea] . [Fecha de consulta 5 junio 2002]. URL disponible en: [<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/childabuse.html>]
- De Paúl Ochotorena J, Arruabarrena Madariaga MI. Manual de protección infantil. Barcelona: Editorial Masson; 1996.
- Detección y notificación ante situaciones de desamparo y de riesgo en la infancia. Valladolid: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León; 1998.
- Diagnostic imaging of child abuse. American Academy of Pediatrics, Section on Radiology. Pediatrics 2000; 105: 1345-1348. [[Medline](#)]
- Dubowitz H, Giardino A, Gustavson E. Child neglect: guidance for pediatricians. Pediatr Rev 2000; 21: 111-116. [[Medline](#)]
- Gómez de Terreros I. Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil. Granada: Editorial Comares; 1995.
- Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect. Pediatrics 1999; 103: 186-191. [[Medline](#)]
- Hobbs CJ, Hanks HGI, Wynne JM. Child Abuse and Neglect. A Clinician's Handbook. 2nd ed. Churchill Livingstone; 1999.
- Loredó Abdalá A. Maltrato al menor. Madrid: Interamericana, McGraw-Hill;

- 1994.
- Martínez Roig A, De Paúl Ochotorena J. Maltrato y abandono en la infancia. Barcelona: Ediciones Martínez Roca; 1993.
 - Medical necessity for the hospitalization of the abused and neglected child. American Academy of Pediatrics, Committee on Hospital Care and Committee on Child Abuse and Neglect. Pediatrics 1998; 101: 715-716. [[Medline](#)]
 - Oliván G, Fleta J, Baselga C et al. Síndrome de Münchhausen en la infancia. Bol Soc Pediatr Arag Rioj Sor 1992; 22: 184-190.
 - Oliván Gonzalvo G, Fleta Zaragoza J, Baselga Asensio C et al. Centros de Acogida de Menores. An Esp Pediatr 1994; 41: 97-101.
 - Oliván Gonzalvo G. Características sociales y estado de salud de los menores que ingresan en Centros de Acogida. An Esp Pediatr 1999; 50: 151-155. [[Medline](#)]
 - Oliván Gonzalvo G. Evaluación del estado nutricional de los menores que ingresan en Centros de Acogida. An Esp Pediatr 1999; 51: 643-647. [[Medline](#)]
 - Oliván Gonzalvo G. Evaluación del crecimiento recuperador en lactantes maltratados. An Esp Pediatr 2001; 54: 53-57. [[Medline](#)] [[Texto completo](#)]
 - Oliván Gonzalvo G. Maltrato en niños discapacitados: características y factores de riesgo. An Esp Pediatr 2002; 56: 219-223. [[Medline](#)] [[Texto completo](#)]
 - Oral and dental aspects of child abuse and neglect. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. American Academy of Pediatric Dentistry. Ad Hoc Work Group on Child Abuse and Neglect. Pediatrics 1999 Aug;104(2 Pt 1):348-50 [[Medline](#)]
 - Querol X. El niño maltratado. Barcelona: Editorial Pediátrica; 1990.
 - Rubin DM, McMillan CO, Helfaer MA et al. Pulmonary edema associated with child abuse: case reports and review of the literature. Pediatrics 2001; 108: 769-775. [[Medline](#)]
 - Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries-technical report. American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect. Pediatrics 2001; 108: 206-210. [[Medline](#)]
 - Siegel PT, Fisher H. Münchhausen by proxy syndrome: barriers to detention, confirmation, and intervention. Children's Services: Social Policy, Research, and Practice 2001; 4: 31-50.